

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**

Cognome  Nome

Luogo di Nascita  Data  Nazionalità

C.F.

Indirizzo di residenza  Cap.

Comune di residenza  Prov.

Medico Curante  Ausl

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE**

Morbillo	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Parotite	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Rosolia	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Pertosse	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Varicella	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Tetano	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Epatite B	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Meningococco C	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**ALLERGIE**

Presenta allergie di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Farmaci SI  NO

Pollini SI  NO

Polveri SI  NO

Muffe SI  NO

Punture di Insetti SI  NO

Altre SI  NO

**INTOLLERANZE ALIMENTARI e PATOLOGIE**

Presenta intolleranze alimentari di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Presenta altre patologie o terapie in atto di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Data

Firma